

(様式 1)

※協会記入欄

受験番号

受付日

精神科認定看護師受講資格審査出願書

一般社団法人日本精神科看護協会 会長 殿

私は、精神科認定看護師教育課程を受講するために
受講資格審査に出願をいたします。

写真をはる位置

6か月以内に
撮影したカラー写真

1. 縦 40mm 横 30mm
2. 本人単身胸から上
3. 裏面のりづけ

年 月 日現在 ※西暦で記載

ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日 () 才
出願者氏名	(自筆署名)		入会状況	会員番号 () ・ 非会員
看護師免許証	登録年月日 年 月 日	登録番号		
職歴	勤務期間	施設名 (正式名称)		
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	合計	年 力月		
共通科目の履修免除申請		☐ 希望する (特定行為研修修了証のコピーを提出) ☐ 希望しない		
所属施設名				
所属施設住所	〒		連絡先 (施設・自宅・携帯) TEL ()	
結果通知先住所	(施設・自宅) 〒			
備考				

(様式2) ①常勤用

受講資格審査 出願者勤務状況証明書

出願者が記載

※西暦で記載

出 願 者 氏 名					
勤 務 施 設 名 (施設ごとに作成)					
看 護 実 務 経 験	精 神 科 関 連	勤務期間 (常勤)	年数	診療科名・部門の特性等	
		年 月 ~ 年 月	年 力月		
		年 月 ~ 年 月	年 力月		
	他 科	年 月 ~ 年 月	年 力月		
		年 月 ~ 年 月	年 力月		
		年 月 ~ 年 月	年 力月		
	合 計	年 力月 (精神科看護の実務経験年数 年 力月)			

上記の受講資格審査の出願者について、下記の内容に関してご回答いただきますようお願い申し上げます。
なお、記載は直属の上司とし、記載者により厳封をお願いいたします。

看 護 実 践 力	
役 割	
指 導 力	

上記に相違ありません。

年 月 日

施 設 名

記載責任者 役職名

氏 名

Ⓔ

(自筆署名または押印)

* 直属の上司により記載し、記載者により厳封すること (開封無効)。

(様式2) ②非常勤用

受講資格審査 出願者勤務状況証明書

出願者が記載

※西暦で記載

出 願 者 氏 名					
勤 務 施 設 名 (施設ごとに作成)					
看護 実務 経験	精 神 科 連 関	勤務期間(非常勤)	年 月 ~ 年 月		
		A 1 か月あたりの 勤務時間数	時間/月	B 実年数	月
		C 常勤換算年数(月)	月	常勤換算の方法 $A \times B \div 150 \text{ 時間} = C$	
		診療科名・ 部門の特性等			
	他 科	勤務期間(非常勤)	年 月 ~ 年 月		
		A 1 か月あたりの 勤務時間数	時間/月	B 実年数	月
		C 常勤換算年数(月)	月	常勤換算の方法 $A \times B \div 150 \text{ 時間} = C$	
		診療科名・ 部門の特性等			
	常勤換算 年数の合計	年 月 (精神科看護の実務経験年数 年 月)			

上記の受講資格審査の出願者について、下記の内容に関してご回答いただきますようお願い申し上げます。
なお、記載は直属の上司とし、記載者により厳封をお願いいたします。

看護 実践力	
役割	
指導力	

上記に相違ありません。

年 月 日

施設名

記載責任者 役職名

氏 名

印

(自筆署名または押印)

* 直属の上司により記載し、記載者により厳封すること(開封無効)。

(様式 3)

精神科看護実践事例報告書

あなたが直近の 1 年間にかかわった多様な課題をもつ対象者（1 名）に実践した看護を下記に記載して下さい。ただし、精神科以外に勤務している場合は、直近の 1 年間に限定しません。記載にあたっては対象者の個人情報の保護に配慮してください。

出 願 者 氏 名	(自筆署名)
実践を行った 施 設 名	
実 践 期 間	※この欄のみ西暦で記載 年 月 ~ 年 月
看 護 過 程 の 展 開	
ケースの概要	
アセスメント	
看護診断または 健康上の課題	
看 護 計 画	
実 施 (実践内容)	
評 価 (実施の結果)	

(様式 4)

特定行為研修 修了見込証明書

一般社団法人日本精神科看護協会 会長 殿

以下の通り、特定行為研修の修了見込みであることについて証明する。

ふ り が な		生 年 月 日	年 月 日 () 才
氏 名			
修 了 見 込 年 月 日	年 月 日		

年 月 日

指定研修機関番号

指定研修機関名

記載責任者 役職名

氏 名

(自筆署名または押印)

印